Frequently asked questions

Zu Korrekturen auf den Papierbögen:

„Was ist zu tun, wenn sich bei einem Patienten, für den ein Erfassungsbogen begonnen wurde, im weiteren Verlauf herausstellt, dass er/sie keinen Schlaganfall hat?“

Antwort: Der Bogen ist zu vernichten. Die dadurch entstehende Lücke in den laufenden Patientennummern spielt keine Rolle.

„Was ist zu tun, wenn ein Fehler beim Ausfüllen eines Erfassungsbogens aufgetreten ist (z. B. versehentlich ein falsches Aufnahmedatum angekreuzt wurde)?“

Antwort: Wo immer es geht, sollen fehlerhaft gesetzte Kreuze oder versehentlich falsch eingetragene Zahlen mit **TippEx flüssig** überschrieben werden. Dabei ist darauf zu achten, dass eine gute Weiß-Deckung erreicht wird und die fehlerhafte Markierung komplett überdeckt wird. Anschließend wird die entsprechende Zahl korrigiert oder das Kreuz an der richtigen Stelle gesetzt. Haben sich mehrere Fehler eingeschlichen oder sind sie nicht korrigierbar, ist ein neuer Bogen auszufüllen und der alte zu vernichten. Die dadurch erfolgende Änderung in der laufenden Patientennummer ist für die Qualitätssicherung nicht relevant.

Zur Aufnahme, Entlassung und Reha:

„Wenn ein Patient mehrmals aufgrund eines Schlaganfall in der gleichen Klinik behandelt wird, erfolgt dann eine sogenannte DRG-Fallzusammenführung für die QS-Dokumentation? Erklärung: Dieses Problem existiert nur bei KIS-Eingabe. DRG-Fallzusammenführung bedeutet die Inhalte des ersten QS-Bogens werden in den 2. QS-Bogen übernommen und der erste QS-Bogen wird gelöscht. Somit wird unter dem 1. Fall kein QS-Bogen geführt, sondern nur unter dem 2. Fall. Der QS-Bogen unter dem 2. Fall wird um aktuelle Angaben ergänzt/geändert und abgeschlossen.“

Antwort: Wird ein Patient mehrmals in einer Klinik mit jeweils einem <u>neuen</u> Schlaganfall nach <u>zwischenzeitlicher Entlassung</u> (auch nur für 1 Tag (!)) aufgenommen, so wird für jeden Fall ein neuer Bogen angelegt und ausgefüllt. Wird dagegen ein Patient mit einer Schlaganfall Hauptdiagnose aufgenommen und erleidet <u>während</u> seines stationären Aufenthaltes in diesem Krankenhaus einen weiteren Schlaganfall, so ist nur <u>ein</u> Bogen für den 1. Schlaganfall anzulegen und der nachfolgende Schlaganfall als Komplikation zu dokumentieren.
Eine Fallzusammenführung erfolgt in keinem Fall.

„Wie soll verfahren werden mit Patienten, die nicht in der dokumentierenden Abteilung wegen eines Schlaganfalls behandelt werden, deshalb eine Schlaganfalldiagnose haben und daraufhin im elektronischen Verfahren einen QS Bogen zugeordnet bekommen? Z.B. Patienten auf einer inneren oder neurochirurgischen Station, die nicht dokumentieren?“

Antwort: Dieses Problem existiert nur bei KIS-Eingabe. Hier gibt es nur 2 Lösungen a) Sie bzw. die Krankenhausleitung kann die Kollegen/innen in diesen Abteilungen überzeugen ebenfalls zu dokumentieren (vermutlich sehr schwer), b) vor Ort in der Software wird der QS Bogen auf Pat. mit einer Schlaganfalldiagnose in der dokumentierenden Abteilung begrenzt.

„Wie soll mit Patienten mit einem akuten Schlaganfall verfahren werden, die wegen einer infausten Prognose oder weil sie ein Monitoring („Verkabelung“) aufgrund einer Demenz nicht tolerieren würden, direkt auf eine Normalstation aufgenommen werden?“

Antwort: Die werden erfasst wie jeder andere Schlaganfallpatient auch. Grundsätzlich sollen/werden in dem Projekt alle Schlaganfallpatienten dokumentiert unabhängig von der Aufnahmestation und den Gründen, die zur Entscheidung über die Aufnahmestation geführt haben.

„Wie ist im Fall von Verlegungen vorzugehen?“

Antwort: Hier kann man mehrere Fälle unterscheiden.

a) Ein Patient wird mit initialer Schlaganfall Hauptdiagnose aufgenommen, aus anderen medizinischen Gründen verlegt (nicht hauptsächlich durch den Schlaganfall bedingt) und anschließend rückverlegt. In diesem Fall wird nur die initiale Phase dokumentiert und nicht mehr die Phase nach Rückverlegung.
b) Theoretisch abzugrenzen von Fall a) wäre eine kurze 1-3 tägige Verlegung aus sicher (!) Schlaganfall bedingten Gründen, z.B. zur Durchführung einer speziellen Bildgebungsdiagnostik, die nur in einer anderen Abteilung oder einem anderen Haus möglich ist und nach der der Patient zur Weiterführung der begonnenen Therapie von vornherein geplant zurückkommt. In diesem Fall, sollte der gesamte Aufenthalt als 1 Behandlung mit entsprechender Dokumentation gesehen werden, da die kurze Verlegung keinen neuen Therapie/Behandlungsprozess bedingt, sondern zur diagnostischen Klärung (mit entsprechender Verlängerung der Liegezeit) beigetragen hat.
c) Bei einem Patienten liegen mehrere Episoden vor: z.B. ein Patient wird in der Neurologie aufgenommen (Keine Schlaganfalldiagnose), in die Neurochirurgie verlegt, anschließend zurückverlegt. Bei der letzten Episode hat der Patient I63.0 als Hauptdiagnose. In diesem Fall löst die letzte Episode den Bogen aus und muss dokumentiert werden. Bei Transport zur Klinik muss „Sonstiges“ angekreuzt werden, bei Einweisung veranlasst durch „Interne Hausverlegung“.

Wie muss dokumentiert werden, wenn Patienten werden häufig innerhalb des Konzerns verlegt werden, z.B. wenn auch geriatrische und neurologische Reha gemacht wird. Soll die Entlass-Dokumentation jetzt erfolgen bei Entlassung aus der neurologischen Behandlung oder bei Entlassung aus der Reha Behandlung? Zählt die Verlegung als Verlegung in eine andere Abteilung? Oder in ein anderes Haus?“

Antwort: In diesem Fall endet die Dokumentation bei Entlassung aus der neurologischen (Akut)Behandlung da es im Projekt (noch) kein Rehamodul gibt. Deswegen wird im Entlassungsstatus "Rehaklinik" angekreuzt und im Item "Geplante Reha" die entsprechende Rehaphase, die für den Patienten vorgesehen ist. D.h. in der Dokumentation wird nicht unterschieden, ob der Patient innerhalb des Hauses / des Konzerns zur Reha verlegt wird oder in eine externe Einrichtung. Falls über das KIS-Modul erhoben wird, ist im System automatisch das Entlassungsdatum aus dem Krankenhaus eingetragen. In diesem Fall muss der KIS-Hersteller kontaktiert werden, um dies zu ändern und das Entlassungsdatum aus der dokumentierenden Akutabteilung zu übernehmen.

„Sind die Rehaphasen definiert und wie verhält man sich bei einer Änderung der initial angekreuzten Reha-Kategorie?“

Antwort: Für Patienten, für die während der akutstationären Behandlung keine Rehabilitationsmaßnahme nach Entlassung geplant wird, ist das Item „keine Reha geplant“ anzukreuzen. Für eine geplante neurologische Rehabilitation der Phasen B-D sind die entsprechenden Kategorien anzukreuzen, bei Phase D ist zu unterscheiden zwischen stationärer oder ambulanter/teilstationärer Rehabilitation. Patienten, die in die geriatrische Rehabilitation verlegt werden, sind unter der entsprechenden Kategorie zu kreuzen. Rehabilitationsmaßnahmen außerhalb der aufgeführten Kategorien, die noch während der akutstationären Behandlung eingeleitet oder geplant wurden, sind unter „sonstige Rehabilitation“ anzukreuzen. Das Item „geplante Reha“ erlaubt zusammen mit dem Item

„Entlassungsart“ eine spezifischere Auswertung und Aufschlüsselung der durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen bei den behandelten Patienten. Die Definition der Phasen folgt dem bekannten Schema, bei Änderung der Kategorie soll die Reha dokumentiert werden, die letztendlich durchgeführt wurde. Ist der Patient verstorben, ist „keine Reha geplant“ anzukreuzen.

Zu Komorbiditäten:

„Ist bei Hypercholesterinämie auch jede andere Dyslipoproteinämie gemeint oder nicht?“

Antwort: Gemessene erhöhte Gesamtcholesterinwerte (>190 mg/dL), Selbstangabe einer vorbestehenden Hypercholesterinämie oder medikamentöse Behandlung. D.h. andere (!) Dyslipoproteinämien werden nicht dokumentiert (s. Projekthandbuch).

Zu Komplikationen:

„Ist die Komplikation intrazerebrale Blutung definiert?“

Antwort: Bildgebender Nachweis (CT/MRT) der Einblutung. D.h. eine rein klinische Diagnose reicht nicht!

Zur Klassifikation und Infarktätiologie:

„Was muss im Bogen bei Ätiologie angekreuzt werden, wenn der Infarkt hämodynamisch ist?

Antwort: Die Toast-Kategorisierung oder andere ätiologische Klassifikationen sind hier nicht eindeutig. Für die ICD-10 Kodierung im Dokubogen werden territoriale und hämodynamische Infarkte gleich behandelt, dh ihre Kodierung hinter dem Punkt (I63.x) richtet sich nach der Ätiologie (embolisch/thrombotisch, prä-/intrazerebrale Gefäße). Es hängt also vom Befund der Gefäßdiagnostik bzw. kardialen Diagnostik ab. Für die TOAST Klassifikation gibt es Kriterien, die für eine kardioembolische Ätiologie sprechen. Für die ICD-10 Kodierung sollte der Kodierleitfaden der DSG und DGN zugrunde gelegt werden.

„Der Fall einer Sinusvenenthrombose und daraus resultierenden kleinen corticalen Einblutungen kann im KIS-Modul nicht abgeschlossen werden, da die korrekte ICD Ziffer I67.6 nicht akzeptiert wird. Wie ist zu verfahren?“

Antwort: Die ADSR hat sich 2009 darauf geeinigt die Sinusvenenthrombosen nicht (mehr) in die Schlaganfalldokumentation aufzunehmen. Bei elektronischer Dateneingabe fehlt entsprechend der I67 Code da diese Patienten nicht dokumentiert werden müssen.

Zur Therapie:

„Warum ist keine Angabe von Kontraindikationen möglich z.B. bei antithrombotischer Therapie-Antikoagulation bei VHF als Sekundärprophylaxe oder Anteil der Patienten mit Bildgebung <= 1h bei Intervall - Aufnahme <=2 Stunden und frühe systemische Thrombolyse?“

Antwort: Die Angabe von Kontraindikationen ist generell im ADSR-Bogen, egal bei welchem Item, nicht vorgesehen, da die große Liste möglicher Kontras den Dokumentationsaufwand deutlich erhöhen bzw. sprengen würde.

„Muss eine Lyse dokumentiert werden, die vor Verlegung in die jetzt behandelnde Klinik erfolgt ist?“

Antwort: Nein, nur die Aktivitäten in der eigenen Klinik.

„Wie muss eine Lyse verschlüsselt werden, die bei einem Reinfarkt auftritt?“

Antwort: Gar nicht. Ein Reinfarkt wird als Komplikation dokumentiert. Die Lysierung eines Reinfarktes wird nicht dokumentiert, da sie sich nicht auf das ursächliche Ereignis bezieht, das zum Anlegen des Schlaganfallbogens geführt hat.

„Wie werden Bridging-Lysen dokumentiert? Formal müsste ja sowohl i.v. als auch i.a.-Lyse ankreuzt werden?“

Antwort: Das ist richtig, beide Items sollten in diesem Fall gekreuzt sein. Allerdings werden Bridging Lysen (noch) nicht getrennt ausgewertet.

„Wie werden mechanischen Thrombektomien also wenn die Patienten weder i.v. noch i.a. rt-PA erhalten, aber das thrombotische Materiel auf mechanischem Wege entfernt wird, dokumentiert?“

Antwort: Zur Zeit gar nicht, da Thrombolyse i.a. als Gabe eines Lytikums über einen liegenden Katheder definiert ist. Mechanische Rekanalisation fällt nicht darunter.

„Eine Frage zum Item "Therapie/Sekundärprophylaxe": Ein Patient ist aufgrund seines Schlaganfalles nicht beatmungspflichtig. Da jedoch eine Angiografie durchgeführt werden soll und eine Sprachbarriere (ausländischer Patient) oder Sprachverständnisstörung bestehen, erfolgt dies in Intubationsnarkose. Zeitnah nach der Intervention wird der Patient extubiert. Muss Beatmung dokumentiert werden?“

Antwort: Nein, eine Diagnostik- (oder Kurzinterventions-)bezogene Beatmung deren Hintergrund nicht eine (drohende) Ateminsuffizienz ist braucht nicht dokumentiert werden.

Zu den Auswertungen:

„Können die Daten der eigenen Klinik nach Abschluss der Auswertungen auch in elektronischer Form angefordert werden?“

Antwort: Alle teilnehmenden Einrichtungen erhalten auf Wunsch ihre eigenen Daten kostenfrei zurück. Nach Ablauf der Auswertungen für den Jahresbericht wird den Kliniken der Datensatz mit den eigenen Patienten in Softwareformate eigener Wahl (SPSS, SAS, STATA, Excel, ASCII, o.ä.) auf Anfrage zugesandt.

„Bei einigen Indikatoren wird der Zielwert nicht erreicht.“

Antwort: Die Zielwerte wurden von der ADSR neu eingeführt und haben selbstverständlich Stärken und Schwächen. Zu den Stärken zählt, dass in allen regionalen Qualitätssicherungsprojekten ab jetzt einheitliche Zielwerte gelten. Bisher variierte die Landschaft zwischen keinerlei Zielwert und pro Projekt selbst gewählten Zielen, was dazu führte, dass Kliniken bei einem Zielwert x in dem einen Projekt darüber, in dem anderen darunter lagen. Zu den Schwächen zählt, dass nur für wenige Indikatoren eine gute Evidenzbasierung der Zielwerte besteht. Darüber hinaus verändern sich Zielwerte über die

Zeit mit der Praxis in den Kliniken. Zielwerte sind deshalb nicht in Stein gemeißelt und sollten lediglich als Orientierungsrahmen betrachtet werden.